

健 健 発 1220 第 2 号
令 和 3 年 12 月 20 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局健康課長
(公 印 省 略)

災害時の保健師等広域応援派遣調整要領について

災害時の保健師等広域応援派遣調整について、別紙のとおり「災害時の保健師等広域応援派遣調整要領」を定めたので通知します。

厚生労働省では、防災基本計画第2編第2章第8節の1及び厚生労働省防災業務計画第2編第2章第6節第3の3に基づき、災害時に避難所等において保健活動を行う保健師等を確保できるよう、被災市区町村を管轄する都道府県以外の都道府県から、保健師等を被災市区町村へ応援派遣する調整を行っているところです。

本要領は、この厚生労働省が行う保健師等の応援派遣調整について基本的な事項を定めるとともに、当該応援派遣調整の運用にあたり、関係者（厚生労働省、都道府県、市区町村、関係団体）が実施する事項及びその他必要な事項を定めたものです。

貴職におかれては本要領の内容についてご了知いただくとともに、貴都道府県におかれては管内の市区町村に対しても、周知していただきますようお願いいたします。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

災害時の保健師等広域応援派遣調整要領

1. 災害時の保健師等広域応援派遣調整の概要

(1) 概要

かつては数十年に一度の割合で発生していた豪雨、地震、津波、噴火等によって生ずる大規模な災害（災害対策基本法（昭和 36 年法律第 223 号）第 2 条に規定する「災害」をいう。）（以下「災害」という。）が、近年全国各地で相次いで発生している。

こうした災害に対応するために、平成 29 年 7 月に厚生労働省の 5 部局長等による通知（平成 29 年 7 月 5 日付け科発 0705 第 3 号、医政発 0705 第 4 号、健発 0705 第 6 号、薬生発 0705 第 1 号、障発 0705 第 2 号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）を発出した。この通知では、大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備の推進を目的として、各都道府県の災害対策本部の下に保健医療調整本部を設置するとともに、保健所において保健医療活動チームの指揮又は連絡等を行うほか、保健医療ニーズ等の収集及び整理・分析を行うことを求めたところである。

また、災害が発生した場合、被災地の市町村及び特別区（以下「被災市区町村」という。）においては、被災者の健康の維持、二次健康被害や災害関連死の防止を図るため、迅速かつ的確な対応が求められる。

これらを受け、平成 30 年 3 月に災害時健康危機管理支援チーム活動要領（平成 30 年 3 月 20 日付け健健発 0320 第 1 号）に基づき、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）が派遣され、被災都道府県以外の都道府県等の職員により、保健医療調整本部及び被災都道府県等の保健所の指揮調整機能等を応援することとなっている。

一方で、被災者の健康状況の把握を含め、被災状況に応じた健康管理のためには、被災市区町村の職員だけでは人員が圧倒的に不足することとなり、それらの業務を支援するために、迅速かつ短期集中的に応援職員を確保することが不可欠となる。被災市区町村は、まず当該都道府県内からの応援職員の派遣を受けて、被災者の健康の維持等に係る災害対応業務を実施することになるが、それだけでは十分に対応できない場合がある。そのため、厚生労働省は、防災基本計画第 2 編第 2 章第 8 節の 1 及び厚生労働省防災業務計画第 2 編第 2 章第 6 節第 3 の 3 を根拠として、災害時に、避難所等において保健活動を行う保健師等を確保できるよう、被災市区町村を管轄する都道府県（以下「被災都道府県という。」）以外の都道府県から、保健師等を被災市区町村へ応援派遣する調整を行っているところである。

本要領は、厚生労働省が行う都道府県を越えた自治体間の保健師等を応援派遣する調整の仕組みについて基本的な事項を定めるとともに、その運用に当たり、実施事項及びその他必要な事項を定めるものである。

(2) 本要領における用語の定義

ア 応援要請

被災都道府県が、厚生労働省に対して、大規模災害が発生している被災市区町村において被災者の健康の維持等に係る災害対応活動に必要な保健師等の派遣調整を要請することをいう。

イ 応援派遣

被災都道府県以外の、都道府県及び当該都道府県内に所在する保健所設置市、特別区及びその他市町村が、応援職員を被災都道府県へ派遣することをいう。

ウ 応援職員

各都道府県の職員及び当該都道府県内に所在する保健所設置市、特別区及びその他市町村から応援派遣される、保健師、その他の専門職及び業務調整員（以下「保健師等」という。）とする。

2. 応援派遣の枠組

(1) 応援派遣による保健師等の活動の基本

ア 避難所等における被災者の健康の維持、二次健康被害や災害関連死の防止を図ることを目的とし、被災市区町村長又は被災都道府県の保健所長等の指揮命令のもとに活動を行う。活動内容は、被災者の健康相談、健康管理及び避難所等の衛生対策等を想定している。

イ 活動期間は1週間程度を標準とするが、必要に応じ、応援派遣元となる都道府県（以下「応援派遣元都道府県という。」）と被災都道府県との間で協議の上、設定できるものとする。なお、活動期間には、現地での活動の他、応援派遣元都道府県と被災市区町村間の往復に必要な期間を含む。

ウ 被災市区町村における交通・通信手段や宿泊等については、応援派遣元都道府県において確保すること。

(参考)

下記は「災害時の保健活動に係る関連資料等」として、厚生労働省ホームページに掲載しているため、参考にされたい。

・災害時の保健活動推進マニュアル

（「災害時の保健活動推進マニュアルの周知」報告書（令和元年度地域保健総合推進事業 日本公衆衛生協会／保健師長会））

・避難所生活を過ごされる方々の健康管理に関するガイドライン

（「避難所生活を過ごされる方々の健康管理に関するガイドライン」について（平成23年6月3日付け厚生労働省健康局総務課地域保健室事務連絡））

- ・保健師の災害時の応援派遣及び受援のためのオリエンテーションガイド
（「災害対策における地域保健活動推進のための実務担当保健師の能力向上に係わる研修ガイドラインの作成と検証」（平成 30 年～令和元年度厚労科研））
- ・統括保健師のための災害に対する管理実践マニュアル・研修ガイドライン
（「災害対策における地域保健活動推進のための管理体制運用マニュアル実用化研究」（平成 28～29 年度厚労科研））

（２）国及び都道府県等の役割

ア 厚生労働省の役割

（ア）平時

- ・ 応援職員となる保健師等の養成、資質の維持及び向上を図るため、マニュアル等を策定するとともに必要に応じて改定する。
- ・ 応援職員となる保健師等の養成、資質の維持及び向上を図るため、都道府県等と連携した取組を行う。
- ・ 応援派遣に係る活動の円滑な実施のための研究及び研修を推進する。
- ・ 応援派遣に係る調整を行う体制を整備する。
- ・ 都道府県、保健所設置市及び特別区における、保健師等の災害時応援派遣調整に係る情報（調整担当窓口、応援派遣体制、災害時相互応援協定の有無、災害時の保健師等の応援・受援の実績、都道府県内の市区町村との合同による応援派遣体制の有無）を把握する。

（イ）災害発生時（有事）

- ・ 被災都道府県に対し、応援派遣に係る必要な助言及びその他の支援を行う。
- ・ 被災都道府県からの応援要請に基づき、速やかに応援派遣に係る調整を行う。

イ 都道府県の役割

（ア）平時

- ・ 応援職員となる保健師等の養成、資質の維持及び向上を図るため、厚生労働省と連携した取組を行う。
- ・ 応援職員となる保健師等の人材育成を図るとともに、資質の維持及び向上を図るため、継続的な研修・訓練を計画的に実施する。
- ・ 災害発生時に優先して行う活動内容の選定等、事業継続計画（BCP）を策定する。また、都道府県内の組織体制づくり、職員の参集体制の整備、情報伝達体制の整備、避難勧告発令時の活動の検討、長期化に備えた活動体制整備、関係機関等の把握と役割の明確化等を行う。
- ・ 災害時に、他の都道府県からの応援派遣を想定した受援業務計画を策定する。また災害応急対応に必要な人員の算定、応援派遣による活動内容の選定を行う。
- ・ 平時から有事を想定し、管内市区町村に対して、保健師等の応援派遣の受入に際

し、受援が円滑に機能するよう、執務スペースの確保、活動に必要な資機材等の準備、受援に係る庁内調整会議の開催等、受入体制の整備を推進する。

- ・ 他の都道府県との応援派遣及び受援調整を担う本庁の部署と担当者を調整窓口として定め、これを厚生労働省健康局健康課に登録する。また調整窓口担当者の休日・夜間の連絡先を準備しておく。

(イ) 災害発生時（有事）

- ・ 応援派遣元都道府県は、厚生労働省からの照会及び調整に基づき、被災都道府県に対して保健師等を応援派遣する。

3. 災害発生時（有事）における対応

(1) 応援派遣に係る調整

ア 被災市区町村の対応

(ア) 被災市区町村のみでは対応が困難な場合は、当該都道府県に対して、保健師等の派遣を要請する。

(イ) (ア) の要請に対し、被災都道府県のみでは対応が困難な場合は、災害時相互応援協定締結自治体へ応援派遣を要請する。

(ウ) (イ) により災害時相互応援協定締結自治体へ応援派遣を要請し、その受入を行った場合は、(ア) の要請を行った被災都道府県に対してその旨を報告する。

(エ) (ア)、(イ) の応援派遣の受入を行っても対応が困難な場合は、被災都道府県を通じて厚生労働省に応援要請を行う。

イ 被災都道府県の対応

(ア) 被災市区町村の支援について、被災市区町村以外の市区町村へ保健師等の派遣を要請する。

(イ) 都道府県内の応援のみでは対応が困難な場合は、隣接都道府県または当該都道府県の災害時相互応援協定締結自治体へ派遣を要請する。

(ウ) (ア)、(イ) の結果及び災害の規模により、全国規模の応援要請が必要であると判断した場合、厚生労働省に応援要請を行う。

(エ) (ウ) の際は、全国の都道府県からの保健師等の応援派遣に係る調整を要請する事由、必要な保健師等の人数、応援派遣期間、応援派遣先、具体的な活動内容等を明記し（様式A）、厚生労働省健康局健康課に応援派遣に係る調整を要請する。

ウ 厚生労働省の対応

(ア) 被災都道府県からの応援要請を受け、応援派遣の開始時期、必要な期間、必要な保健師等の人数、応援派遣先及び具体的な活動内容等を確認する。

(イ) (ア) の内容を確認後、速やかに被災都道府県以外の都道府県（保健師統括部

署及び健康危機管理担当部署）に対して保健師等の応援派遣可否に係る照会を行う（様式B）。

（ウ）全国知事会に対して、応援派遣に係る調整について情報共有を図るとともに、関係する構成団体に厚生労働省の照会に協力するよう依頼する。

（エ）全国市長会、全国町村会及び指定都市市長会に対して、応援派遣に係る調整について情報提供を行う。

エ 全国知事会の対応

全国知事会は、厚生労働省からの依頼を受け、厚生労働省において保健師等の応援派遣に係る照会を実施していることについて、関係する構成団体に協力するよう要請する。

オ 被災都道府県以外の都道府県の対応

（ア）厚生労働省からの照会を受け、応援派遣の可否を決定する。

（イ）都道府県内の保健所設置市、特別区及び市町村に対し被災市区町村への応援派遣の可否を照会する。

（ウ）（ア）、（イ）により応援派遣が可能と決定した場合、被災都道府県以外の都道府県の担当部局は、保健師等応援派遣計画票を厚生労働省健康局健康課に提出する（様式B別紙）。

（２）応援派遣先の決定

ア 厚生労働省の対応

（ア）上記３．（１）オ（ウ）により、応援派遣が可能と回答した都道府県が応援派遣する保健師等の人数、応援派遣期間等についての情報を集約し、被災都道府県と応援派遣先等を調整する。

（イ）（ア）の調整結果を、保健師等応援派遣計画票に基づき、応援派遣元都道府県及び被災都道府県に連絡する（様式C、様式D）。

（ウ）（ア）の調整結果を、全国知事会及び応援派遣元都道府県以外の上記３．ウ（イ）にて保健師等の応援派遣可否に係る照会を行った都道府県に情報提供する。

イ 応援派遣元都道府県及び被災都道府県の対応

ア（イ）の調整結果を受けた後、応援派遣元都道府県及び被災都道府県において、応援派遣及び受援に係る調整（費用負担に係る調整を含む。）を行う。

（３）応援派遣中の対応

ア 応援派遣元都道府県の対応

（ア）応援派遣先決定後、被災都道府県と連絡をとりながら活動内容等の調整を行い、支援を行う。

(イ) 応援派遣中の保健師等の健康状態等を把握するため、毎日、安全管理の遵守、心身の健康状態等、健康管理に係る報告を受けるとともに、必要時は被災都道府県と調整し、適宜対応する。また、応援派遣後も継続的な健康管理に留意する。

イ 被災都道府県の対応

(ア) 応援派遣による保健師等が保健活動を効果的・効率的に行うために必要な、被害状況、保健ニーズ、専門職チームの介入状況等の情報を把握し、随時提供を行う。

(イ) 応援派遣による保健師等に対し、災害の発生状況、活動の概要及び担当する役割を説明する等、活動開始に当たって必要なオリエンテーションを行う。

(ウ) 応援派遣による保健師等に対し、適宜、当該保健師等の活動内容及び収集した被害状況及び保健ニーズ等を報告するように求める。なお、報告の求めに当たっては、以下の点に留意すること。

①活動中においては、特に、当該保健師等が対応することが出来なかった保健ニーズ等の情報について報告するように求めること。

②活動後においては、特に、当該保健師等の保健活動を他の保健師等が引き継ぐに当たって必要となる情報を報告するように求めること。

(4) 応援派遣による保健師等から応援派遣元都道府県への報告等

ア 応援派遣元都道府県に対し、保健師等に係る安全管理・心身の健康等に関する情報を毎日報告する。応援派遣による保健師等が保健所設置市・特別区、その他市町村の職員の場合、応援派遣元都道府県はその保健師等に係る安全管理・心身の健康等に関する情報を保健所設置市・特別区、その他市町村に毎日報告する。

イ 活動に必要な資機材の確保及びその他のロジスティクスに関する後方支援が必要となった場合は、応援派遣元都道府県に対して、随時その旨を要請する。

(5) 応援要請等の見直し

ア 被災都道府県は、被災市区町村における応援派遣による保健師等の活動の状況を勘案し、人員体制の縮小又は応援派遣期間の短縮等が可能と判断した場合、応援要請の見直しを検討する。

イ 応援派遣中の保健師等は、活動等を通じて、人員体制の縮小など保健師等の応援派遣計画の見直しが必要と判断した場合、応援派遣元都道府県にその旨を報告する。

ウ 被災都道府県及び応援派遣元都道府県は、応援要請及び保健師等の応援派遣計画の見直しについて協議の上、応援派遣計画を変更する場合は、応援派遣元都道府県は上記3.(1)オ(ウ)により連絡した保健師等応援派遣計画票を変更し、被災都道府県及び厚生労働省健康局健康課に提出する。

エ 被災都道府県は、人員体制の増員又は応援派遣期間の延長等が必要と判断した場

合、応援派遣元都道府県と調整する。

オ 被災都道府県は、エによる調整が整わなかった場合、厚生労働省に追加の応援要請を行う。

カ 厚生労働省は、被災都道府県から保健師等の追加の応援要請を受けた場合、被災都道府県以外の都道府県に対して保健師等の追加応援派遣の可否に係る照会を行う（様式E）。（以降の手続きは上記3.（1）ウ（ウ）以降に同じ。）

（6）活動の終結等

ア 被災都道府県は、応援要請後、本庁や保健所等の職員のみで対応できる体制が確保されると見込まれる場合、厚生労働省及び応援派遣元都道府県にその旨を連絡する。

イ 厚生労働省は、アによる応援派遣活動の終結を全国知事会に情報提供する。

（7）活動の中止

ア 応援派遣元都道府県は、応援派遣期間完了前に災害等の発生により、応援派遣による保健師等の帰還が必要となった場合は、被災都道府県に、保健師等応援派遣計画の一部又は全部について中止を求めることができる。

イ 厚生労働省は、アによる応援派遣活動の中止を全国知事会に情報提供する。

（8）個人情報の取り扱い

応援派遣による保健師等の活動記録作成において必要となる個人情報は、被災都道府県等における個人情報保護に係る例規を遵守して取り扱う。

4. 費用と補償

（1）費用

ア 防災業務計画に基づく保健師等支援の応援派遣に係る調整を要請した場合の費用負担は、被災状況等により、自治体間の災害時相互応援協定や災害対策基本法等のいずれを根拠とするか、被災自治体と応援派遣元自治体との協議等で判断する。

イ 応援派遣を行った自治体は費用負担に係る協議等のため、自ら行った応援派遣全体の経費積算とその根拠資料を基本とする。

（2）公務災害補償の取り扱い

常勤職員である保健師等の公務災害補償については、地方公務員災害補償法に基づき実施することとされている。

○ ○ ○ ○
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

厚生労働省健康局健康課長 殿

○○都道府県知事
(公印省略)

○○災害に係る保健師等の応援要請について

令和○年○月○日に発生した○○災害について、防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に基づき、下記のとおり保健師等の応援派遣に係る調整を要請いたしますので、御対応いただきますようお願い申し上げます。

記

1 保健師等の応援派遣に係る調整を要請する事由

例) 都道府県下○か所に避難所が開設され、避難者の健康支援活動にあたる保健師等の人員が大幅に不足しています。また、協定を締結している自治体への協力を要請しているものの、協定内での対応だけでは不十分であると判断したため、要請を行うこととしました。

なお、本要請について、当都道府県知事との協議の上、判断したものです。

2 必要となる応援職員数

例) 保健師等 ○名 (保健師○名、その他専門職○名、事務○名)

(1 チームあたり○名、保健師等○名、事務○名、○か所への配置を想定)

3 応援派遣の開始時期、必要な期間

令和○年○月○日 (○) ～○月○日 (○) まで

4 応援派遣先と具体的な活動内容等

例) ○箇所の避難所へ配置を想定。

避難所における住民の健康管理、在宅における要支援者の健康管理

5 災害相互応援協定の活用について

例) 現在活用している (○○県○チーム、令和○年○月○日～○月○日)

例) 活用していない

6 応援派遣元都道府県との調整窓口

例) 自治体名

部署名

役職

調整担当者氏名

電話番号 (平日)

電話番号 (夜間・休日)

FAX

E-mail

(連絡可能な日時)

7 その他

<問い合わせ先>

〇〇県〇〇〇局〇〇課 〇〇、〇〇

T E L : xx-xxxx-xxxx (内〇〇、〇〇)

xx-xxxx-xxxx

F A X : xx-xxxx-xxxx

E-mail : xxxx@xx.jp

事務連絡
令和〇年〇月〇日

都道府県知事 殿

厚生労働省健康局健康課長

〇〇災害に係る保健師等の応援派遣可否について（照会）

令和〇年〇月〇日（〇）に発生した〇〇災害におきましては、被災都道府県からの要請に基づき、各自治体からの保健師等の応援派遣について、厚生労働省にて調整することといたしました。本災害に係る保健師等の応援派遣の詳細は、下記のとおりです。

つきましては、現時点で保健師等の応援派遣に応じることへの可否、その場合の体制等について、令和〇年〇月〇日（〇）までに、様式B別紙「保健師等応援派遣計画票」に必要事項を記載の上、メールにより当課まで御回答いただきますようお願いいたします。

また、貴職におかれましては、必要に応じて管内保健所設置市・特別区及び市町村に協力をお求めいただき、管内保健所設置市・特別区及び市区町村保健師等も含めた編成とする等の対応について、御検討ください。

なお、本照会は、現時点における保健師等の応援派遣可能数を把握するものであり、本照会により応援派遣をお願いするものではありません。

記

1 活動内容

- ・被災者の健康相談、健康チェック
- ・避難所の衛生対策 等

2 活動場所

〇〇〇〇〇

3 応援派遣期間

令和〇年〇月〇日（〇）～〇月〇日（〇）までの予定

※ 具体的な応援派遣期間は、被災自治体と調整いただくこととなります。

※ 人員が途切れることなく応援派遣していただきますようお願いいたします。

4 必要となる応援職員数

保健師等 〇名（1チームあたり保健師〇名、事務〇名を想定）

5 移動手段及び宿泊先

各応援派遣元自治体において手配してください。

6 被災自治体の状況

例) ○○内において複数の避難所が開設されており、避難者等の健康状態について今後把握が必要になります。しかし、保健師等が不足しており、避難所における住民の健康管理を十分に行うことが困難な状況です。

7 その他

- ・災害発生時における保健師等応援派遣の根拠としては、地方自治法第 252 条の 17、災害対策基本法第 67 条・第 68 条・第 74 条、自治体間の災害時相互応援協定、支援自治体の独自の判断による応援派遣などが想定されますが、いずれを根拠とするかについては、基本的に、応援派遣時までに、応援派遣元自治体と被災自治体間で調整していただくことになります。
- ・保健師等の応援派遣に係る費用負担については、応援派遣時までに、危機管理担当部局等と御調整いただきますようお願いいたします。

<問い合わせ先>

厚生労働省健康局健康課

地域保健室・保健指導室 ○○、○○

T E L : 03-3595-1111 (内○○、○○)

03-3595-2190

F A X : 03-3502-3099

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先 : 090-2464-4829

※1チーム1シートの記入をお願いします。応援派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください

保健師等応援派遣計画票

チーム全体の 応援派遣可能期間	泊 日	記載日	月 日
被災都道府県での 交通手段		公用車の場合 現地での終日活用	

＜記入方法＞黄色セル部の記入をお願いいたします。

- ①区分：プルダウンより班責任者、班副責任者、応援派遣者を選択して下さい。
- ②電話番号：番号の後に(公用)または(私用)を記載して下さい。
- ③★…到着日
○…活動日
☆…交代・引継ぎ
最終…チームの活動最終日
- ④1チーム内に班が複数ある場合は、下記表を参考に最終活動日まで記入して下さい。
第2班以降は到着日の入力是不要です。
- ⑤記入例を参考に、班毎にセルに色づけをお願いします(色は自由です)。

＜記入時の留意事項＞
 ※応援派遣者数や応援派遣日程に応じて下記表の列・行を追加して下さい。
 ※先々の班構成が不明の場合は、決定している部分までの記載で可です。
 ※変更・追記時は、赤字修正し再度保健指導室まで提出して下さい。
 （修正時は、班次代の3日前を目安に修正版を提出いただきますようお願いいたします。）

[illegible]

※1チーム1シートの記入をお願いします。応援派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください

保健師等応援派遣計画票

チーム全体の 応援派遣可能期間	20泊21日	記載日	4月20日
被災都道府県での 交通手段	自家用車	公用車の場合 現地での終日活用	可

※可・不可を
ドロップダウンで選

＜記入方法＞黄色セル部の記入をお願いいたします。
①区分:プルダウンより班責任者、班副責任者、応援派遣者を選択して下さい。
②電話番号:番号の後に(公用)または(私用)を記載して下さい。
③★…到着日
○…活動日
☆…交代・引継ぎ
最終…チームの活動最終日
④1チーム内に班が複数ある場合は、下記表を参考に最終活動日まで記入して下さい。
第2班以降は到着日の入力は不要です。
⑤記入例を参考に、班毎にセルに色づけをお願いします(色は自由です)。

＜記入時の留意事項＞
※応援派遣者数や応援派遣日程に応じて下記表の列・行を追加して下さい。
※先々の班構成が不明の場合は、決定している部分までの記載で可です。
※変更・追記時は、赤字修正し再度保健指導室まで提出して下さい。
(修正時は、班交代の3日前を目安に修正版を提出いただきますようお願いいたします。)

※このセルの日付を変えれば、
他の日付が全て変更されます

都道府県名	自治体名	担当者窓口							氏名	区分	職種	5/20	5/21	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15				
		部署名	役職	調整担当者氏名	電話番号 (平日)	電話番号 (夜間・休日)	FAX	E-mail				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火				
〇〇県	〇〇市	保健福祉局 健康医療部 健康増進課	参事	〇〇 〇〇	00－0000－0000(公用)	00－0000－0000(私用)	00－0000－0000	aa.aaaa@pref.lg.jp	〇〇 〇〇	班責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	☆																								
									□□ □□	班副責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	☆																								
									△△ △△	応援派遣者	事務職	★	○	○	○	○	○	☆																								
									◇◇ ◇◇	班責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
									× × × ×	班副責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
									◎◎ ◎◎	班責任者	保健師															☆	○	○	○	○	○	○	最終									
									■ ■ ■ ■	班副責任者	保健師															☆	○	○	○	○	○	○	最終									
									▽▽ ▽▽	応援派遣者	事務職															☆	○	○	○	○	○	○	最終									
1日当たり人数									0	3	3	3	3	3	3	5	2	2	2	2	2	2	2	5	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0						

様式 C

事 務 連 絡
令 和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(応援派遣元都道府県)

○○都道府県○○部○○課 御中

厚生労働省健康局健康課

○○災害に係る保健師等の応援派遣調整結果について

○○災害に係る保健師等の応援派遣可否について、御回答いただきありがとうございました。

下記のとおり、応援派遣を調整した結果をお知らせいたします。以後の詳細な調整につきましては、被災自治体の担当者と直接行っていただきますようお願いいたします。

また、ご提出いただいた様式B別紙「保健師等応援派遣計画票」に追記・変更・修正が生じた場合には、速やかに当課へ再提出していただくようお願いいたします。

記

1 応援派遣先自治体 ○○都道府県

2 活動開始日 令和○○年○月○日 (○)

3 担当者連絡先

- ・担当者 : ○○県庁○○部○○課○○係 ○○氏、○○氏
- ・TEL/FAX : 000-0000-0000 / 000-0000-0000
- ・E-mail : ○○○○○○@○○.jp

4 その他 (先方の希望に応じて) 応援派遣先自治体への電話連絡につきましては、令和○年○月○日 (○) ○時以降にお願いいたします。

※なお、以後は応援派遣の延長や応援派遣先の変更等がある場合にも、改めて同様の文書発出は行いませんので御承知おきください。

<問い合わせ先>

厚生労働省健康局健康課

地域保健室・保健指導室 ○○、○○

T E L : 03-3595-1111 (内○○、○○)
03-3595-2190

F A X : 03-3502-3099

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先 : 090-2464-4829

事 務 連 絡
令和〇年〇月〇日

(被災都道府県)

〇〇都道府県〇〇部〇〇課 御中

厚生労働省健康局健康課

〇〇災害に係る保健師等の応援派遣調整結果について

〇〇災害に係る保健師等の応援派遣につきまして、当課において、下記のとおり応援派遣の調整を行いましたので、御連絡いたします。

詳細につきましては、様式 D 別紙「保健師等応援派遣計画票一覧」を御確認いただくとともに、今後の詳細な調整につきましては、応援派遣元都道府県と直接行っていただきますようお願いいたします。

記

1 応援派遣調整結果 様式 D 別紙「保健師等応援派遣計画票一覧」 参照

2 その他

- ・（応援派遣元自治体から貴自治体へ電話連絡をするよう伝えておりますので）今後の詳細な調整は、自治体間で行っていただきますようお願いいたします。
- ・被災者に対する健康調査や避難所の調査票（アセスメントシート）等、貴自治体で定められた記録様式がある場合は、活動開始当初から応援派遣元自治体及び保健師等へ提示いただきますようお願いいたします。

<問い合わせ先>

厚生労働省健康局健康課

地域保健室・保健指導室 〇〇、〇〇

T E L : 03-3595-1111 (内〇〇、〇〇)

03-3595-2190

F A X : 03-3502-3099

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先 : 090-2464-4829

(被災都道府県名)保健師等応援派遣計画票 一覧

都道府県名	自治体名	担当者窓口								氏名	区分	職種	5/20	5/21	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15					
		部署名	役職	調整担当者氏名	電話番号(平日)	電話番号(夜間・休日)	FAX	E-mail	応援派遣先自治体				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火					
〇〇県	〇〇市	〇〇県 保健福祉局 健康医療部 健康増進課	参事	〇〇 〇〇	00-0000-0000(公用)	00-0000-0000(私用)	00-0000-0000	aa.aaaa@aa.aa	〇〇村	〇〇 〇〇	班責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	☆																									
										□□ □□	班副責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	○	☆																								
										△△ △△	応援派遣者	事務職	★	○	○	○	○	○	○	☆																								
										◇◇ ◇◇	班責任者	保健師							☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
										× × × ×	班副責任者	保健師							☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
										◎◎ ◎◎	班責任者	保健師																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
										■ ■ ■ ■	班副責任者	保健師																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
										▽▽ ▽▽	応援派遣者	事務職																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
●●県	●●県・ ◎◎市	◎◎市 健康福祉部 健康増進課	主任	〇〇 〇〇	00-0000-0000(公用)	00-0000-0000(私用)	00-0000-0000	bb.bbbb@bb.bb	〇〇町	◇◇ ◇◇	班責任者	保健師							★	○	○	○	○	○	○	○	☆																	
										× × × ×	班副責任者	保健師								★	○	○	○	○	○	○	○	☆																
										◎◎ ◎◎	班責任者	保健師																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
										■ ■ ■ ■	班副責任者	保健師																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
										▽▽ ▽▽	応援派遣者	事務職																☆	○	○	○	○	○	○	最終									
□□県	□□県・ △△市・ ▽▽市	□□県 健康福祉部 福祉総務課	課長 補佐	〇〇 〇〇	00-0000-0000(公用)	00-0000-0000(私用)	00-0000-0000	cc.cccc@cc.cc	〇〇市	▲▲ ▲▲	班責任者	保健師				★	○	○	○	○	○	○	○	○	最終																			
										※※ ※※	班副責任者	保健師				★	○	○	○	○	○	○	○	最終																				
										☆☆ ☆☆	応援派遣者	保健師				★	○	○	○	○	○	○	○	最終																				
										●● ●●	応援派遣者	事務職				★	○	○	○	○	○	○	○	最終																				
1日当たり人数												0	3	3	3	7	7	9	8	8	8	8	4	4	10	6	6	6	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0					

事 務 連 絡
令和〇年〇月〇日

都道府県知事 殿

厚生労働省健康局健康課長

〇〇災害に係る保健師等の追加応援派遣について（照会）

〇〇災害につきましては、保健師等の応援派遣に御支援・御協力いただき、深く感謝申し上げます。

当課で被災自治体への保健師等の応援派遣に係る調整を行っているところですが、時間の経過とともに被害状況も明らかとなり、被災自治体からは更に多くの保健師等の長期的な応援派遣の要請が来ている状況です。

そこで、各都道府県におかれましては、更なる保健師等の応援派遣について御検討いただくとともに、管内保健所設置市・特別区及び市町村からの応援派遣協力についてとりまとめていただくなど、少しでも多くの保健師等を応援派遣できるよう御協力をお願いいたします。

つきましては、すでに応援派遣予定として当課に御連絡いただいている保健師等以外で、追加の応援派遣に応じることの可否、その場合の体制について、令和〇年〇月〇日（〇）までに、様式E別紙「保健師等追加応援計画票」に必要事項を記載の上、メールにて当課まで御回答いただきますようお願いいたします。

なお、自治体間の協定により保健師等の応援派遣をしている、または予定している自治体につきましては、回答が不要であることを申し添えます。

<問い合わせ先>

厚生労働省健康局健康課

地域保健室・保健指導室 〇〇、〇〇

T E L : 03-3595-1111 (内〇〇、〇〇)

03-3595-2190

F A X : 03-3502-3099

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先 : 090-2464-4829

※1チーム1シートの記入をお願いします。応援派遣チームが複数ある場合は、チーム毎に様式を提出してください

保健師等追加応援派遣計画票

チーム全体の 応援派遣可能期間	20泊21日	記載日	4月20日
被災都道府県での 交通手段	自家用車	公用車の場合 現地での終日活用	可

※可・不可を
ドロップダウンで選

＜記入方法＞黄色セル部の記入をお願いいたします。
①区分:プルダウンより班責任者、班副責任者、応援派遣者を選択して下さい。
②電話番号:番号の後に(公用)または(私用)を記載して下さい。
③★…到着日
○…活動日
☆…交代・引継ぎ
最終…チームの活動最終日
④1チーム内に班が複数ある場合は、下記表を参考に最終活動日まで記入して下さい。
第2班以降は到着日の入力は不要です。
⑤記入例を参考に、班毎にセルに色づけをお願いします(色は自由です)。

＜記入時の留意事項＞
※応援派遣者数や応援派遣日程に応じて下記表の列・行を追加して下さい。
※先々の班構成が不明の場合は、決定している部分までの記載で可です。
※変更・追記時は、赤字修正し再度保健指導室まで提出して下さい。
(修正時は、班交代の3日前を目安に修正版を提出いただきますようお願いいたします。)

※このセルの日付を変えれば、
他の日付が全て変更されます

都道府県名	自治体名	担当者窓口							氏名	区分	職種	5/20	5/21	5/22	5/23	5/24	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/15				
		部署名	役職	調整担当者氏名	電話番号 (平日)	電話番号 (夜間・休日)	FAX	E-mail				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火				
〇〇県	〇〇市	保健福祉局 健康医療部 健康増進課	参事	〇〇 〇〇	00－0000－0000(公用)	00－0000－0000(私用)	00－0000－0000	aa.aaaa@pref.lg.jp	〇〇 〇〇	班責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	☆																								
									□□ □□	班副責任者	保健師	★	○	○	○	○	○	☆																								
									△△ △△	応援派遣者	事務職	★	○	○	○	○	○	☆																								
									◇◇ ◇◇	班責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
									× × × ×	班副責任者	保健師						☆	○	○	○	○	○	○	☆																		
									◎◎ ◎◎	班責任者	保健師															☆	○	○	○	○	○	最終										
									■ ■ ■ ■	班副責任者	保健師															☆	○	○	○	○	○	最終										
									▽▽ ▽▽	応援派遣者	事務職															☆	○	○	○	○	○	最終										
1日当たり人数												0	3	3	3	3	3	5	2	2	2	2	2	2	2	5	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0			